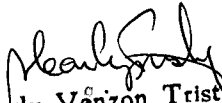


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E FAMILIARES –
DIFICULDADES FRENTE A INSTITUCIONALIZAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título
de Assistente Social orientado pela professora Inês
Pelizzaro.


Marly Vênzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSO

SALETE COELHO DA SILVA

Aprovado Pelo DSS
Em 10 / 07 / 97

**Florianópolis,
julho de 1997**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo carinho e apoio em todos os momentos significativos de minha caminhada.

Ao meu filho Felipe pelo carinho e compreensão em minha trajetória acadêmica. Obrigado pelo seu amor.

Aos meus irmãos pela amizade e apoio integral ao longo desta caminhada.

A todos os Portadores de Transtornos Mentais internos no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. A quem dedico este trabalho.

A minha professora orientadora Inês Pelizzaro, por ter contribuído em minha formação acadêmica e pela dedicação e auxílio na elaboração deste trabalho.

A minha supervisora de campo Jussara C. Ferreira, Assistente Social, pela sua orientação e paciência. Meu sincero agradecimento.

Aos colegas de trabalho do Serviço Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, por seu companheirismo. Espaço onde encontrei apoio e compreensão, nos momentos difíceis dessa caminhada.

A todos os professores que contribuíram na minha formação acadêmica.

E, finalizando, dedico este trabalho a todos aqueles que direcionam seus esforços no sentido de construir uma sociedade mais justa.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
 CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	 9
1.1 O Estado frente à questão da saúde mental	9
1.2 Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) - trajetória histórica	23
1.3 O Serviço Social no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	29
1.3.1 Plano de atuação do Serviço social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	30
1.3.2 Programa de atuação do Serviço Social no Centro de Convivência Santana	31
1.3.3 Plantão do Serviço Social.....	33
1.4 A institucionalização do portador de transtornos mentais	34
 CAPÍTULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO VIVENCIADA	 39
2.1 Serviço Social – experiência acadêmica	39
2.2 A institucionalização vista pelo portador de transtornos mentais instituído e pelos familiares	46
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 61
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 63
 ANEXOS	 66

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos percebemos que a saúde mental tem sido alvo de maior atenção por parte da sociedade e que esta vem exigindo respostas do Estado nessa área.

O termo doença mental utilizado neste trabalho é compreendido como sendo a manifestação de sintomas, tais como: alterações do pensamento, da linguagem, motricidade, emotividade, dentre outros, doença esta, que sempre esteve presente na história da humanidade e que, apesar dos avanços científicos e da própria política de saúde mental, observa-se ainda um distanciamento entre discurso e prática.

Segundo Delgado (1990, p. 172),

A mudança do discurso oficial não representa por si qualquer modificação na realidade concreta das instituições psiquiátricas, mas já aponta uma tendência de reformulação do modelo, uma vez que vem sendo acompanhada de reais transformações do aparato institucional, nem sempre patrocinadas explicitamente pelo Estado.

As instituições psiquiátricas representam, ainda que de maneira sutil, uma forma de controle e exclusão que vai sendo, nos longos períodos de internação, introjetada pelo portador de transtornos mentais.

No decorrer de nossa experiência vivenciada em hospital psiquiátrico, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, observamos que a longa permanência dos pacientes nestas instituições, leva-os à perda progressiva dos vínculos

familiares, ao isolamento e à perda de sua identidade, acarretando, assim, um processo de institucionalização.

A institucionalização, leva a outra patologia que o autor denomina

Neurose institucional – enfermidade que se caracteriza por apatia, ausência de iniciativa e de interesse, relativo às coisas e acontecimentos pessoais, exceto os imediatos, submissão, indiferença diante de medidas desagradáveis e injustas que lhe afetem diretamente, ausência de interesse pelo futuro, incapacidade de formular projetos pessoais, mesmo os mais simples (Barton apud Bezerra, 1990, p. 191).

O portador de transtorno mental, na sua grande maioria ao lado de outros grupos na sociedade é excluído do acesso às possibilidades mínimas de sobrevivência, sendo excluído do processo sócio-político-econômico. Sua exclusão começa pela visão de que é incapaz de produzir e isso faz com que seja quase inexistente a possibilidade de sua absorção no mercado do trabalho, cabendo-lhe, na maioria das vezes, os sub-empregos ou a tutela do Estado, não sendo visto como cidadão de “direitos”.

“A família, diante do processo de institucionalização, assume um papel contraditório. Torna-se mais uma vítima, que sofre pressão da sociedade, sofrendo com o sentimento de “culpa” por desconhecer a doença e por não sentir-se em condições de oferecer suporte para lidar com ela. Dessa forma a família acaba introjetando esse processo de exclusão como algo irreversível.

A falta de conhecimento sobre a doença mental, o despreparo da família com relação ao adequado manejo e abordagem, associado ao modelo de

assistência institucional, cria nos familiares um forte sentimento de dependência a essa instituição, reproduzindo assim sua ideologia.

É preciso levar em consideração toda complexidade do fenômeno da hospitalização psiquiátrica maciça, em seus determinantes econômicos e sociais, buscando conhecer as formas concretas em que ele se insere na dinâmica da exclusão social (Delgado, 1990, p. 179).

Nesse contexto, observamos a profundidade das conseqüências desse processo de institucionalização que destrói gradativamente as referências do doente com a sociedade, levando-o à perda de sua identidade. Isso motivou-nos a realizar um estudo qualitativo de casos, buscando identificar as dificuldades e as perspectivas dos pacientes, bem como dos familiares frente a essa institucionalização.

Para tanto estabelecemos alguns objetivos:

- Identificar se as discussões a nível de políticas de saúde mental vem atingindo os principais envolvidos, o portador de transtornos mentais e seus familiares;
- Verificar qual o significado da institucionalização para o paciente e sua família;
- Identificar as dificuldades e perspectivas de reinserção social para paciente e família.

Para atingir esses objetivos, realizamos pesquisa qualitativa no período de abril a maio de 1997, no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ).

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina é vinculado a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, atendendo portadores de transtornos mentais e dependentes químicos.

Fizeram parte de nosso universo de pesquisa pacientes internos na primeira enfermaria feminina, estas consideradas pacientes já institucionalizadas, representando um total de 48 pacientes. A amostragem representa 10% desse universo.

Entrevistamos cinco internas da primeira enfermaria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, e cinco famílias de internas da referida unidade. Os familiares freqüentavam as reuniões mensais realizadas pelo Serviço Social no IPQ, entrevistados dentro das possibilidades de contatar familiares. As portadoras de transtornos mentais, que integraram a amostra não apresentavam grau de comprometimento mental, que inviabilizasse a coleta de dados.

Inicialmente pretendíamos trabalhar com as internas e seu respectivo familiar, critério esse inviabilizado, por um lado pela dificuldade de localizar os familiares que há muitos anos não comparecem à instituição, por outro, quando os familiares compareciam, o interno não atendia ao critério acima.

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos entrevista não estruturada, tendo o roteiro (anexo 1) como referência para direcionar essa temática. As entrevistas eram gravadas após consentimento dos entrevistados e posteriormente transcrita para análise. Para complementar as informações,

utilizamo-nos de prontuários, bem como literaturas referente ao assunto abordado.

Tratando-se de institucionalização do portador de transtorno mental, faz-se necessário abordar nesse trabalho as políticas de saúde mental no Brasil, identificar o nível das discussões sobre essa temática, e de concreto, que “mudanças” vem ocorrendo nos hospitais psiquiátricos, como o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (antigo hospital colônia Santana); bem como refletir a questão da institucionalização e suas conseqüências ao portador de transtornos mentais. Estes temas serão tratados no primeiro capítulo.

No segundo capítulo abordaremos a questão da institucionalização vivenciada pelo portador de transtornos mentais e seus familiares; relatando analiticamente suas experiências, identificadas em investigação junto aos mesmos, de modo a refletirmos o papel da família no processo de institucionalização e o significado dela, para o portador de transtornos mentais.

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

1 O Estado frente à questão da saúde mental

A saúde mental deve ser concebida como um processo histórico onde seus avanços irão depender do contexto político e econômico vivenciado.

Na idade média, principalmente entre os séculos XIV e XV, a loucura era um fenômeno que convivida na sociedade sem restrições; era percebida com certo misticismo e “o louco” podia participar do cotidiano sem ser discriminado. Em alguns casos o portador de transtornos mentais, era exaltado, valorizado, em especial através das artes.

Porém, com a revolução industrial, a loucura passou a ser compreendida pela “razão”, ou seja, numa sociedade onde todos deveriam fazer parte do processo produtivo, o portador de transtornos mentais era visto como inadaptável, e como um perturbador da ordem vigente. Nesse período ocorre uma brusca mudança e o *mundo da loucura passa a ser o mundo da exclusão* (Foucault, 1988, p. 75).

Criam-se assim locais destinados a esses excluídos: loucos, mendigos, velhos, inválidos, ladrões e outros.

Esses locais eram conhecidos como hospitais gerais, que não tinham, na realidade, qualquer caráter médico, ou de tratamento humanizado. Seu objetivo, era unicamente o de isolar e excluir.

A partir do século XVIII houve uma modernização nos hospitais. Pesquisadores dos fenômenos psíquicos, como Felipe Pinel, Chiaruggi, Todd, entre outros, passaram a questionar as formas de tratamento destinados aos portadores de transtornos mentais, que conviviam no mesmo espaço com criminosos.

Os primeiros hospitais não passavam de instituições penais que eram adaptadas para recolherem os portadores de transtornos mentais (Silva, 1979).

Como resultado das denúncias, feitas pelos referidos pesquisadores, o Estado cria casas de internação destinadas ao portador de transtornos mentais, passando estes, a serem tratados pela psiquiatria. Assim, a medicina passa a apropriar-se da “loucura”, como seu objeto de conhecimento.

“A loucura”, ganha o valor de doença; as casas de internamento destinadas aos portadores de transtornos mentais, transformam-se em asilos.

Cabe destacar que Pinel, Todd e outros pesquisadores, que assumiram a responsabilidade por estas casas, romperam com as práticas repressivas e de

coerção física, mas não em seu aspecto moral, onde a este era negada a sua condição humana.

... eles as estreitavam em torno do louco. Isto significa que a humanização do internamento (Pinel, por exemplo) aboliu o uso das coerções físicas como as correntes que prendiam os internos, não implicando a libertação da loucura (Foucault apud Pereira, 1984, p. 84).

Nesse período, o portador de transtornos mentais era submetido a um controle, tanto social quanto moral. Havia a concepção de que a “cura” se dava criando nele um sentimento de culpa, dependência, humildade e reconhecimento, que constituía a base moral da família.

Ao médico, cabia recorrer as ameaças e punições das mais diversas. Na França, segundo Pereira,

São semelhantes às técnicas empregadas por Pinel, que construiu em torno dos loucos um círculo invisível de julgamento moral. A todo momento, procuravam diminuir suas pretensões, negar seus delírios, seus erros, suas ilusões e ridicularizar seu modo de ser. Qualquer desvio em relação a sua conduta moral devia ser observado e seguido de punição imediata (Pereira, 1984).

Historicamente, a trajetória da doença mental no Brasil, deu-se de forma muito desprezada pela sociedade.

Segundo Rezende, *... dele não há referência nos relatos e crônicas dos viajantes que escrevem sobre os costumes e a vida social da época do Brasil colônia*. Considerando a história, supõe-se que, o portador de transtornos mentais, desde que considerados inofensivos, podiam andar livremente pelas

idades, sujeitos a serem ridicularizados pelo povo e vivendo de esmolas, não recebendo assistência para uma condição de vida sadia (Rezende, 1990, p. 30).

Aos portadores de transtornos mentais que apresentassem comportamento violento, ou considerado indecoroso, restava o recolhimento às prisões, compartilhando do mesmo destino de assassinos e ladrões.

No final do século XVIII, nas ruas, a presença do doente mental se fazia notar. Desde então, as Santas Casas de Misericórdia passaram a incluir os doentes mentais entre seus hóspedes. Estes recebiam tratamento diferenciado dos demais usuários, eram encarcerados, reprimidos por espancamentos ou contenção. Não recebiam qualquer assistência médica, e muitos acabavam morrendo devido aos maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas (Rezende, 1990).

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil, surgem em um contexto de “ameaças” a ordem e a paz social, ameaças essas provocadas pelo livre trânsito dos doentes mentais, nas ruas das cidades, com atitudes que se contrapõem as normas impostas pela sociedade e em resposta as denúncias de maus tratos que estes eram alvos. O Imperador D. Pedro II, percebeu a necessidade de lhes oferecer um novo tratamento, refletido nas teorias e técnicas que já existiam na Europa. Assim, em 1852 foi inaugurada a primeira instituição psiquiátrica, que recebeu o nome do Imperador D. Pedro II. Esta instituição surge com a função de remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar o

portador de transtornos mentais. Entre tanto, estas instituições tinham como maior objetivo, as duas primeiras funções.

Nos seus primeiros quarenta anos de existência, as instituições psiquiátricas mostram essa sua função segregadora.

Na prática, deixava transparecer sem véus ou disfarces, essa tendência. Sua clientela tratava-se basicamente de homens livres, raramente havia escravos, já que estes eram vistos por um lado como necessário na agricultura, para o enriquecimento de seus proprietários. Por outro, quando “louco”, não tinha por parte destes, em sua maioria, qualquer investimento curativo, já que, não havia expectativas de retorno de investimentos.

Essa clientela, segundo Rezende, retratava-se na maioria dos mestiços, europeus classificados como “pobre”, indivíduos que formavam a população marginalizada das cidades, os **sem trabalho**.

Outro ponto negativo dessas instituições, eram as freqüentes denúncias por parte de segmentos da população ligadas a igreja e de profissionais da área médica, quanto aos maus tratos, a violência que estavam sujeitos os portadores de transtornos mentais; instituições lotadas, imundas, tornando-se lugares inabitáveis, resultando num alto índice de mortalidade.

Nesses primeiros 40 anos de instituição psiquiátrica no Brasil, essas instituições eram administradas por leigos, a assistência era prestada empiricamente, na sua maioria por religiosos. Nesse período, de forma peculiar,

distanciando-se das técnicas européias, o corpo médico era quase inexistente nessas instituições.

Os médicos se faziam representar em pequeno número nas instituições, tinham pouca influência nas questões administrativas como também na seleção da clientela dos hospitais (Rezende, 1990, p. 40).

Buscando retomar a tutela sobre a questão da saúde e doença mental, que entendia como seu objeto de estudo, a classe médica desnuda a situação desumana vivenciada pelos portadores de transtornos mentais, bem como os critérios de seleção da clientela, que evidenciava sua função exclusivamente segregadora.

O mesmo¹ Teixeira Brandão reclama contra a admissão indiscriminada de órfãos às enfermarias do Hospício D. Pedro II, misturados a loucos de todas as tendências (Rezende, 1990, p. 40).

Com a descoberta da bacteriologia, a imunologia e da neurologia, a psiquiatria rompe com sua fase “empírica-leiga” de assistência no Brasil. A assistência médica assume desde então, a desejada tutela sobre a questão da doença mental.

Buscando novas formas de tratamento, médicos realizam visitas “a várias instituições da Europa e constatam, que nas instituições onde os portadores de transtornos mentais realizavam trabalhos para retribuir os gastos com seu

¹ Teixeira Brandão, Médico do Hospício D. Pedro II, Rio de Janeiro.

tratamento, constatou haver um elevado índice de recuperação, que contrastava com os hospitais particulares, onde estes permaneciam na ociosidade.

Baseados nessa observação, acreditando na importância do trabalho, no tratamento da doença mental, surgem as colônias agrícolas, construídas em locais afastados das cidades. Apesar do seu discurso inicial, as instituições continuaram a recolher os marginalizados da sociedade, acarretando um crescimento descontrolado de sua população.

A construção de novas instituições psiquiátricas, não conseguiam atender a essa crescente demanda, na década de 50, a situação das instituições tornou-se totalmente caótica e a psiquiatria não só estagnou, mas regrediu quanto ao tratamento dispensado aos pacientes.

Após o golpe militar de 1964, inicia-se um novo período na psiquiatria, marcado pela criação de instituições psiquiátricas privadas, que desaceleram o crescimento das instituições públicas dessa natureza. Nesse período, houve um acentuado estímulo às internações por parte de redes ambulatoriais que começaram a ver na privatização dos hospitais, uma fonte de riqueza, que daria mais lucro do que uma rede de hotéis. Assim, passa o Estado, a destinar verbas do setor público, para manutenção das redes privadas de assistência psiquiátrica. O Estado se utilizava do discurso de que os hospitais privados prestavam melhor tratamento aos portadores de transtornos mentais, do que os hospitais públicos. Entretanto, seu grande interesse era aumentar a clientela dos hospitais privados,

e com isso desviar parte do orçamento do setor da saúde pública. Onde rolavam “rios de dinheiro”, provenientes da “indústria da loucura”. Apesar dos “investimentos” no setor privado de assistência, estes na sua maioria só eram destinados aos filhos da burguesia, que eram tratados em clínicas, por especialistas.

Ao restante da população de portadores de transtornos mentais restava as instituições públicas. Cabe destacar, que o contexto vivenciado a partir dos anos 70, período esse marcado economicamente pelo intenso aquecimento na indústria, chamado milagre econômico, contribuiu para que denúncias por parte da sociedade com relação a “indústria da loucura” fossem consideradas e repercutiu-se junto ao Estado.

Esse grande impulso nas indústrias exigia muita mão-de-obra.

Segundo Rezende, nesse período foi evidenciado altas taxas de crescimento de PNB e redução drástica da ociosidade na indústria.

Quadro 1 – PNB, inflação e ociosidade industrial no Brasil

Ano	PNB	Inflação	Ociosidade industrial
1963	1,5	78,0	8,1
1964	2,9	87,0	13,2
1965	2,7	55,4	18,5
1966	5,1	38,2	22,3
1967	4,8	25,0	25,0
1968	9,3	25,5	22,0
1969	9,9	20,1	18,8
1970	8,8	19,2	17,5
1971	13,3	19,8	11,6
1972	11,8	15,5	7,5
1973	13,9	15,7	1,5
1974	9,8	34,5	0,0
1975	5,8	29,2	1,9
1976	9,0	46,3	0,6
1977	4,7	38,8	3,4
1978	6,0	40,8	4,9
1979	6,4	77,2	6,1

FONTE – Jornal do Brasil, 19 maio 1980.

Contraditoriamente, continuava crescendo o número de internos em instituições psiquiátricas privadas.

Diante desse contexto histórico, o Estado começa, como assinala Rezende, a reverter esse processo de incentivo a hospitalização.

Não é coincidência que em todas as propostas que viriam a seguir se mencionasse explicitamente o objetivo, entre outros, de manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo de trabalho (Rezende, 1990, p. 64).

Com o término desse período, marcado pelo excessivo crescimento econômico, os investimentos na saúde mental a nível ambulatorial perderam sua principal função que era o de manter a sua disposição essa mão-de-obra, na sua maioria não qualificada, como forma de pressão e controle dos trabalhadores das

indústrias (quem estivesse descontente com o salário imposto, seria rapidamente substituído).

Como economicamente, deixa de ser interessante os investimentos extra-hospitalares, as instituições psiquiátricas reassumem sua função de recolher e excluir o portador de transtorno mental.

No Brasil, o tratamento em instituições psiquiátricas, se mostrou historicamente inadequado, imperando no interior destas, a violência e o desrespeito. As instituições usurparam dos internos sua identidade; seus muros os levaram gradativamente a uma condição de impotência e geraram nestes o sentimento de incapacidade de decidir sobre sua existência e mesmo que o Estado negue, as instituições ainda hoje deixam transparecer sua função de controle social. Essas instituições, representam poder e como mencionado anteriormente, sua manutenção vem do encontro à ideologia do capital.

A desospitalização é um desejo ascendente, por parte de segmentos da sociedade, que se espalham por todo mundo. Esses movimentos, tiveram início na Europa e através de denúncia; referente ao tratamento desumano e segregador a que o portador de transtornos mentais é submetido, vem forçando o Estado a criar redes de assistência psiquiátrica e elaborar leis que forcem as instituições a criar estruturas que assistam o portador de transtornos mentais em suas necessidades básicas, respeitando e resgatando a sua cidadania.

O movimento antimanicomial, tem influenciado, toda essa nova concepção referente as políticas de saúde mental que serão a seguir mencionadas.

Em 1987, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, representando um marco histórico, no que se refere à discussão sobre a psiquiatria no Brasil. Como consequência, passou-se a ter uma nova visão sobre a saúde mental, priorizando a necessidade de recuperar a cidadania do portador de transtornos mentais, que era amparado por uma lei ultrapassada, datada de 1934.

A nível de políticas nessa área, surgem como respostas a estas inquietações, propostas como o projeto lei nº 3657 de 1989, do Deputado Paulo Delgado, que propõe um rompimento com esse aparato institucional fechado que, historicamente, mostrou-se um modelo de tratamento segregador, excludente, comprometido e ideologicamente aos interesses burgueses.

O referido projeto-lei, prevê:

- a extinção progressiva das instituições psiquiátricas;
- proibição da abertura de novos leitos psiquiátricos;
- criação de redes de serviços com alternativas que respondam às necessidades do portador de transtornos mentais;
- abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para atender ao portador de transtorno mental que estiver em crise (breves internações);
- possibilidade de atendimento em seu domicílio por uma equipe multiprofissional.

O Projeto lei do Deputado Paulo Delgado prevê prazos para sua regulamentação, respeitando a realidade de cada localidade e com a participação de usuários e técnicos. As mudanças devem dar-se gradativamente.

Quanto aos portadores de transtornos mentais já institucionalizados sem vínculos familiares, o referido projeto lei prevê que:

- deverão receber moradia em lares protegidos e mantidos pelo Estado;
- deverão ser acompanhados por técnicos da saúde, que viabilizem a estes sua inclusão na sociedade.

O projeto foi aprovado pela câmara de Deputados e criou grande polêmica junto à Federação Brasileira de Psiquiatria, que mobilizo-se para convencer o Senado, de que este projeto estaria equivocado.

Devido a todo esse embate ideológico, o referido projeto lei, continua a espera de ser votado no senado nacional, juntamente com tantos outros projetos, que são engavetados.

Cabe ressaltar que, as instituições psiquiátricas recebem o apoio da indústria farmacêutica, grande cliente destas instituições, mais uma aliada contra o projeto que propõe o fim dos manicômios.

Em 1992, foi realizada a Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental e seu relatório final trás como proposta:

- Substituição do atual modelo de tratamento onde o portador de transtornos mentais fica internado em Instituições Psiquiátricas,

permanecendo isolado de seu meio social, por uma rede de apoio psicossocial.

- Propõe que as instituições psiquiátricas sejam aproveitadas em outras especialidades; sendo que os hospitais gerais poderão dispor de leitos psiquiátricos disponíveis, resgatando-se, assim, o direito à cidadania ao portador de transtornos mentais;
- Criação de hospitais-dia ou hospitais-noite; onde o portador de transtornos mentais passa o dia no hospital e retorna a sua casa à noite, ou o inverso;
- Propõe a criação de lares abrigados destinados a portadores de transtornos mentais sem vínculos familiares, garantindo acompanhamento multiprofissional;

O relatório final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental trás novamente a necessidade de *criar-se mecanismos de pressão, junto ao Senado, para aprovação imediata do projeto de lei do Deputado Federal Paulo Delgado, dada a sua importância para Consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.*

Em 18 de maio de 1993, em Santa Catarina, foi apresentado o projeto de lei nº 148/93 do Deputado Estadual Idelvino Furlanetto, que prevê:

- a) substituição gradativa dos leitos em Instituições Psiquiátricas, por redes de atenção integral ao portador de transtornos mentais.

- b) propõe que o atendimento seja realizado em postos de saúde, defendendo internações em casos de surto, desde que por tempo reduzido. Além, um novo encaminhamento na forma de tratamento às instituições psiquiátricas públicas e privadas.

Santa Catarina apresenta novo projeto de lei, datado de 15 de abril de 1995, tendo como autor o Deputado Estadual João Henrique Blasi.

O projeto lei nº 340/95 apresentado, vem contrapor-se ao projeto de lei do Deputado Paulo Delgado.

O referido projeto lei nº 340 propõe:

- a) Que os portadores de transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais enquanto pessoas humanas resguardados em qualquer estabelecimento de saúde mental a todo tempo;
- b) Orientação para um modelo de assistência comunitária, dentro dos preceitos do SUS;
- c) Criação de mecanismos de controle de internações involuntárias, buscando preservar os direitos dos portadores de transtornos mentais;
- d) Ampliação constante de mecanismos de reabilitação e reinserção social do portador de transtornos mentais, em todos os estabelecimentos de saúde;
- e) Modernização constante das instituições psiquiátricas, para que dêem atenção integral ao portador de transtornos mentais, eliminando o velho

modelo não-terapêutico, não-reabilitador e de abandono, que caracterizava o antigo hospício, cuja existência ninguém defende.

1.2 Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina: trajetória histórica

O Hospital Colônia Santana foi inaugurado em novembro de 1941, inicialmente com 300 leitos, número que foi sendo ampliado gradativamente para atender sua demanda. Chegou em 1971, a atingir o número de 2040 internos para somente 1070 leitos disponíveis. A equipe de profissionais técnicos, era formada por apenas cinco médicos, um farmacêutico e dois dentistas,

Ainda em 1971, a situação vivenciada pelo hospital era caótica, encontrava-se desestruturada administrativamente. Diante desse contexto, a instituição que era subordinada a Secretaria da Saúde (SES), passa a integrar a Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Nesse período (1971) o hospital passou por uma reestruturação total; foram contratados 159 funcionários (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas, psicólogos, etc.), e feita a recuperação da planta física. A ênfase inicial, foi com a preocupação por parte desses profissionais em reduzir o número de internos.

O Serviço Social, contando com apenas dois assistentes sociais, identificava o interno dentro da instituição, localizava familiares e preparava os familiares para recebê-lo. Foram realizadas diversas viagens pelo Serviço Social, para o interior

do Estado, visando devolver ao seu meio social, os internos que encontravam-se em condições de continuar seu tratamento fora da instituição.

Em 1977, conseguiu-se reduzir o numero de internos para 1089. Como mencionado anteriormente, somado ao empenho do serviço social em diminuir o número de internos, existia todo um contexto econômico, favorável a manutenção do tratamento destes, junto à comunidade e sem desligar-se de seu trabalho.

Novamente ainda em 1977, a instituição passa por nova reestruturação, onde os portadores de transtornos mentais são setorizados por CARS (Centros administrativos e Regionais de Saúde), numa tentativa de aproximar os internos por regiões, respeitando, os seus hábitos culturais. Com essa nova dinâmica, percebeu-se nesses profissionais, a preocupação com a perda progressiva da identidade do interno institucionalizado.

Apesar de serem alcançados bons resultados, esse projeto não teve continuidade, pois acarretava problemas de ordem funcional, já que em algumas enfermarias havia em número excedente, enquanto que, em outras, ainda havia leitos disponíveis.

Em 1980, foram contratados novos profissionais, dois médico, quatro psicólogos, dois professores de educação física. Houve assim, uma intensificação e diversificação no atendimento aos internos, que passaram a ter parte do seu tempo de internação, ocupados com atividades orientadas tecnicamente.

Em 1987, ocorrem novas alterações. Os portadores de transtornos mentais são setorizados, considerando as características da doença, “pretendia-se desta forma, buscar nova dinâmica na utilização dos leitos”. (Walendowsky, 1991, p.24)

Dividiu-se o hospital em:

- Unidade de curta permanência, destinada aos de patologia, história da enfermidade e suporte familiar, indicando uma previsão de alta hospitalar, num período que não excedesse a 90 dias;
- Unidade de longa permanência, destinada a portadores de transtornos mentais institucionalizados, com história da doença superior a 5 anos e com 50% desse tempo em hospital psiquiátrico, sem vínculos familiares ou com vínculos comprometidos;
- Unidade de clínica médica que tem por objetivo prestar assistência aos portadores de intercorrências clínicas;
- Unidade de gestão participativa (UGP) e pensão protegida, cuja proposta é de ressocialização do portador de transtornos mentais, representando uma dinâmica terapêutica alternativa;
- Unidade de dependentes químicos destinada ao tratamento de dependência etílica e outras drogas.

Atualmente o instituto psiquiátrico de Santa Catarina, vive um contexto de transição, de redefinição. Tendo em vista que representa um modelo de instituição psiquiátrica Tradicional, vêm sendo alvo de críticas por parte se

segmentos sociais que entendem tais instituições como geradores de doenças, mostrando serem estas mais prejudiciais do que benéficas aos portadores de transtornos mentais.

Esse movimento denominado anti manicômial, luta pela reestruturação da atenção a saúde mental e a implantação da reforma psiquiátrica.

O Estado, diante a essa nova ótica, referente a saúde mental, cria mecanismos de modernização nessas instituições.

O Instituto de psiquiatria, sendo o único hospital público do estado para garantir sua manutenção, passa a ter que adequar-se a esse novo contexto político.

Cabe destacar que a reforma psiquiátrica, representa um constante embate ideológico entre uma parcela da sociedade que não concebe mais essa forma de tratamento institucional arcaica e grupos que representam os interesses capitalistas, que percebem essas instituições como um espaço de manutenção do “Poder”.

Os hospitais psiquiátricos, constituem novos saberes e uma estratégia que resulta em institucionalização; as instituições são definidas como lugares de estratégias de poder, no sentido de produção da ordem social (Foucault, apud, Portocarrero, 1990, p.105).

A sociedade hoje, busca novas perspectivas de tratamento psiquiátrico e o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, vem tentando responder a esse novo

contexto, reestruturando-se. Atualmente está sendo dividido em dois centros de atuação.

O primeiro, destinado as mencionadas anteriormente como unidades de Curta Permanência, que passa a denominar-se:

- Unidade de internações psiquiátricas, onde busca desenvolver um trabalho junto à família, visando a compensação do surto no menor período de internação possível. Depois são encaminhados para os recursos ambulatoriais existentes, mais próximos de suas residências, responsabilizando as secretarias municipais de saúde, que devem comprometer-se com a continuidade do tratamento.

A nova visão de Psiquiatria, não admite mais o hospital psiquiátrico como centro de tratamento da doença mental, mas ele passa a fazer parte de todo um processo de tratamento, sendo acionado quando os recursos extra-hospitalares, se mostrarem insuficientes para a compensação de um quadro psiquiátrico agudo (surto psicótico).

O segundo centro de atuação, recebe a denominação de Centro de Convivência Santana (CCS), onde encontram-se internados os portadores de transtornos mentais, anteriormente citados como crônicos, internos com vínculos familiares gravemente prejudicados ou inexistentes.

Esse tipo de clientela é resultante de um processo de exclusão social, citado anteriormente nesse trabalho.

Hoje, com o trabalho multidisciplinar e a partir de uma nova visão de doença mental, procurou-se direcionar e esta clientela, um novo foco de atenção, onde não mais se admite a institucionalização do portador de transtornos mentais, direcionando a atuação no sentido de criar mecanismos que viabilize o resgate dos vínculos familiares, bem como buscar comprometer as Secretarias do Municípios no sentido de responsabilizá-los quanto a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais oriundos de seus municípios.

Entretanto, não se pode fechar os olhos a dura realidade institucional, é inegável que existem casos em que esse processo é irreversível. A estes internos, fruto de anos de segregação, que destina-se o Centro de convivência Santana, onde os profissionais provaram realizar um trabalho visando a melhoria nas condições de vida dos internos, buscando dentro das limitações institucionais, espaços onde o interno possa resgatar direitos, usurpados no processo de institucionalização histórica. As mudanças que ocorrem no interior de instituições psiquiátricas como Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, são fruto de um embate político, onde o movimento anti-manicomial, fortalecido na atual conjuntura, luta pela sua extinção, forçando-os a se modernizarem para continuarem existindo e atuando.

1.3 O Serviço Social no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ)

O Serviço Social, foi implantado no Instituto de Psiquiátrica de Santa Catarina (na época Hospital Colônia Santana), no ano de 1971, por ocasião da reformulação da assistência psiquiátrica, implementada pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina, conforme mencionado anteriormente.

Inicialmente seu quadro profissional contava com apenas duas assistentes sociais. Sendo que este número foi elevado no ano seguinte para sete profissionais. Segundo Walendowskz.

Quando implantado o Serviço Social empreendeu esforços na localização dos familiares dos internos.

A alta hospitalar ocorria de várias formas: através de viagens ao interior do Estado, durante as quais o paciente era acompanhado por profissionais do Serviço Social que realizavam abordagem com as famílias, bem como tentavam intervir junto à comunidade, através de órgãos oficiais (Prefeituras) visando integrá-los à vida sócio-familiar.

Atualmente o Serviço Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, conta com nove Assistente Sociais que se inserem, junto as equipes de saúde, como um profissional capacitado para atuar nas questões sociais. Realizando o trabalho voltado à manutenção e resgate dos vínculos sócio-familiares dos internos do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

1.3.1 Plano de atuação do Serviço social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

O Serviço Social da referida instituição tem como objetivos para o programa das unidades de internação psiquiátrica (UIP)

- Buscar condições para um tratamento mais humanizado do paciente;
- Ajudar o interno a alcançar integração mais adequada no seu meio sócio-familiar, evitando freqüentes reinternamentos;
- Levar a família a compreender aspectos básicos da doença;
- Oferecer suporte emocional para pacientes e familiares, trabalhando suas ansiedades e medos frente a internação.
- Participar no resgate dos núcleos sadios do paciente;
- Estimular a criação de mecanismos de suporte para o atendimento do portador de transtornos mental nas comunidades.

O atendimento ao paciente é feito individualmente ou em grupos, onde se procura conhecer a situação do seu grupo familiar, trabalhar sua ansiedade em relação a internação e interação nas atividades da unidade, expectativas quanto ao retorno ao seu meio social, continuidade do tratamento, etc.

O atendimento à família visa abordar as dificuldades familiares em relação ao paciente e as dificuldades relacionadas à reinserção social, orientação quanto ao tratamento, etc.

- As visitas domiciliares contribuem para a avaliação e conhecimento das condições de vida e moradia do paciente e sobretudo para prestar orientação quanto ao tratamento.

Atividades desenvolvidas:

- grupos semanais de entrevista de admissão;
- grupos semanais de alta;
- grupos semanais com familiares;
- providências diversas;
- visitas domiciliares e institucionais;
- coordenação ou participação em grupos terapêuticos com pacientes;
- participação em reuniões de equipe;
- evoluções quinzenais em prontuários.

1.3.2 Programa de atuação do Serviço Social no Centro de Convivência Santana

Objetivos específicos:

- humanizar as vivências intra-hospitalares;
- oportunizar a implantação de trabalho criativos com internos nas diversas unidades;
- oportunizar espaços democráticos na relação equipe x interno;

- criar mecanismos para a ressocialização dos internos;
- resgatar vínculos sócio-familiares;
- preservar os direitos dos pacientes principalmente usufruto de benefícios;
- oportunizar conquista de direitos como concessão de benefícios do INSS.

Atividades desenvolvidas:

- participação com demais técnicos (enfermeiro, terapeuta ocupacional) em reuniões de grupos com pacientes, estimulando a manutenção de sua higiene pessoal e da enfermaria, participação nas atividades laborativas e sociais;
- participação na programação e organização de festas de aniversário e tradicionais, que são comemoradas no hospital;
- revisão dos casos, com objetivo de localizar os familiares, incentivando as visitas, licenças e altas hospitalares;
- realização de visitas domiciliares, possibilitando acesso ao contexto sócio-familiar dos pacientes;
- intervenção junto a órgãos da comunidade, familiares e ou procuradores para conhecer e auxiliar o paciente e preservar e usufruir de seus bens de direito;
- preparação de alta hospitalar através de entrevistas ou grupos de pré-alta;

- comunicação da alta médica aos familiares ou responsáveis;
- grupos e entrevistas de admissão;
- participação em reuniões de equipe;
- participação em grupos terapêuticos;
- motivação, providências e acompanhamento de licenças, proporcionando ao paciente o convívio familiar.

1.3.3 Plantão do Serviço Social

Atividades desenvolvidas:

- realização de atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço, prestando esclarecimentos, orientações e fazendo encaminhamentos aos recursos internos e externos;
- realização de entrevistas de admissão, mantendo o primeiro contato com familiares e/ou responsáveis, para obter informações sobre a situação bio-psico-social do paciente prestando informações referentes ao funcionamento do hospital, ao tratamento e alta hospitalar, com o devido relato em prontuário;
- realização de atendimento a familiares de pacientes internados, na ausência do assistente social da enfermaria, através de entrevistas;

- efetivação da alta hospitalar e alta à pedido, prestando orientações quanto a continuidade do tratamento à nível ambulatorial, uso correto de medicação e convívio com o paciente e sua doença;
- comunicação de óbitos, prestando esclarecimentos necessários;
- realização de contatos com serviços e setores do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e instituições afins, para utilização dos recursos disponíveis e posteriores encaminhamentos;
- anotação de todas as atividades em documentação estatística padronizada pela SES e prontuário do paciente.

1.4 A institucionalização do portador de transtornos mentais

Ao falarmos sobre a institucionalização do portador de transtornos mentais, faz-se necessário *a priori*, conceituar Instituição Psiquiátrica, podendo também ser definida como instituições totais.

Uma instituição total pode ser definida como o lugar de residência e trabalho em que grande número de indivíduos que se achem na mesma situação, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1980, p. 11).

A instituição psiquiátrica, tem que ser repensada em toda sua complexidade. Estas não são neutras, são definidas como : *lugares de estratégias de poder*, no sentido de produção de ordem social (Foucault, 1982).

Elas surgem como mecanismos criados pelo Estado, para remover e excluir do meio social, indivíduos inadaptados as normas estabelecidas pela sociedade burguesa.

Cabe mencionar, que os longos anos de reclusão no interior de instituições, resultam, no chamado processo de institucionalização, que leva a degeneração gradativa da identidade do indivíduo, a perda dos laços familiares.

O problema do “institucionalismo” em psiquiatria, tem sido objeto de estudos que trazem à reflexão os danos causados ao portador de transtornos mentais pela longa permanência em instituição psiquiátrica. Danos estes identificados por:

- *perda do contato com a realidade externa;*
- *ócio forçado;*
- *submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico;*
- *perda de amigos e propriedades;*
- *sedação medicamentosa;*
- *condições do meio ambiente precário nos pavilhões e enfermarias;*
- *perda da perspectiva de vida fora da instituição* (Barton apud Delgado, 1990, p. 191).

O portador de transtornos mentais desenvolve, assim, a chamada “neurose institucional” resultante da vida institucional (asilar). No interior das instituições psiquiátricas, o portador de transtornos mentais sofre um processo de desqualificação permanente dos gestos, da fala, das roupas, esvaziando-se assim o seu conteúdo humano e social, perdendo gradativamente a sua identidade. Essa desqualificação, possivelmente é um dos dispositivos mais eficientes do

processo de institucionalização, onde a identidade do portador de transtornos mentais, suas lembranças reais, vão confundindo-se com pensamentos ilusórios.

A instituição nega muitas vezes a sua história passada, onde a valorização recai sobre “a loucura”, ridicularizando suas atitudes grotescas, transformando-o em um objeto, alvo de violência consentida.

Reforça Basaglia (1968),

Sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro exclui e depois aniquila; é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído.

Analisando relatos de portadores de transtornos mentais já institucionalizados, observou-se que, no início de sua internação, muitas vezes assumiram atitudes de não aceitação ao que lhes era imposto, mas que os anos de internação resultaram numa cruel aceitação.

E, eu fico até quando Deus quiser... (interno).

Segundo Walendowsky (1991, p. 32),

Os que se encontram mais debilitados, limitados já pela própria idade, além da “doença”, se permitem ao “abandono” sem reivindicar nada para si.

As instituições psiquiátricas por mais terapêuticas que se considerem, trazem em sua essência, como algo inerente à instituição, o controle físico e moral. O não cumprimento as regras é percebido como conduta anormal e sujeita a intervenção medicamentosa, e contenção física (amarrando-o ao leito).

A cultura de controle institucional, se manifesta “naturalmente”, nas atitudes cotidianas dos auxiliares que trabalham nesses locais:

... a normalidade nunca é reconhecida pelo auxiliar que trabalha em um ambiente em que a anormalidade é a expectativa normal (Goffman, 1974, p. 78).

A atitude de quebrar vidros, por exemplo, será logo relacionada em uma instituição psiquiátrica, como decorrente de um distúrbio psíquico (agitação psico-motora) e a este serão destinados mecanismos de controle, como sedação medicamentosa e contenções físicas.

Ao portador de transtornos mentais é negado sua condição de ser humano, não podendo apresentar sentimentos e reações como: o sentimento de revolta, raiva, mágoa, tristeza, solidão, que, aos considerados “normais” é permitido extravasar. A institucionalização gera um processo de corrosão social, criando nestes um sentimento, segundo Walendowsky (1991, p. 38),

... de impossibilidade de lidar com o seu contexto social e se readaptar numa comunidade sem proteção.

A instituição, perversamente transforma-se para o portador de transtornos mentais no seu mundo, num local seguro que o protege de um mundo que tornou-se estranho a ele.

Eu não posso ir embora porque me deram uma injeção e eu fiquei esquecida. Eu já não sei andar na rua, não sei pra que lado tenho que ir... eu vou ficar aqui! (interno).

Diante a todos os aspectos negativos resultantes da institucionalização, é indiscutível a necessidade de reverter esse processo. Entretanto, faz-se necessário compreender a profundidade da institucionalização.

A questão crucial da desinstitucionalização não é de caráter técnico-administrativo: trata-se do que poderíamos designar como progressiva “devolução à comunidade” da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores, e da qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental (Delgado, 1990, p. 184).

Não se pode pensar em transformação das instituições, sem criar mecanismos de reintegração social da sua população institucionalizada.

A atual conjuntura, propicia mudanças profundas relacionadas à questão da saúde mental, levando instituições, como o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina a promover mudanças em seu interior. Cabe destacar que

... de nada adiante operar transformações cosméticas nessas velhas instituições, dotando-as de atendimento externo de cunho modernizador, se fecharmos os olhos ao produto dos longos anos de segregação (Delgado, 1990, p. 189).

CAPÍTULO 2.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO VIVENCIADA

1 Serviço Social – experiência acadêmica

Em nossa experiência de estágio, encontramos internos institucionalizados, que perderam seus vínculos extra-hospitalares. Muitos não conseguem mais imaginar a possibilidade de viver fora deste aparato institucional, pois, ao mesmo tempo que está é castradora no sentido de que nega a esse interno, sua condição de ser humano, privando-o do direito a participação a escolha de coisas simples, que estão incorporadas do nosso cotidiano, como escolher quando e o que comer, ter a liberdade de tomar banho quando quiser. Enfim, coisas elementares que fazem parte de nossa vida diária e que muitas vezes nem nos damos conta dessa liberdade que temos. Para o interno a possibilidade de decidir sobre tais coisas, é praticamente inexistente. A vida desses internos é toda determinada pelas regras institucionais. Existem casos em que o paciente para resguardar a sua individualidade e seus direitos vê-se forçado a ter que esconder seus poucos pertences sob o colchão que dorme e para defender estes, permanece o tempo inteiro na cama, alguns mesmo tendo a capacidade de movimentar-se passam a imagem de serem internas dependentes (acamadas).

Essa mesma instituição possui também um outro lado, onde ela, assume o papel de mãe protetora, como sendo o único recurso possível, criando para muitos familiares e pacientes, um sentimento de dependência, levando estes à alienação e passividade frente a possibilidade de mudança.

A sociedade contribui no processo de institucionalização do portador de transtorno mental, discriminando-o e rotulando-o de “louco e perigoso”. Este, ao lado de outros grupos marginalizados, são excluídos do acesso às possibilidades mínimas de sobrevivência, em outras palavras, são excluídos do processo sócio-político-econômico.

A família nesse processo de exclusão assume um papel contraditório, se por um lado ela sofre por não sentir-se em condições de manter o paciente no seu convívio, criando, assim, um sentimento de culpa. Por outro, sendo ela integrante da sociedade é responsável pela existência dos manicômios, uma vez que estas instituições surgem para responder as necessidades criadas pela própria população.

Diante desse contexto e de nossa vivência de estágio, onde observamos a profundidade do processo de institucionalização, procuramos desenvolver juntamente com o Serviço Social mecanismos de ressocialização que viabilizem a reversão dessa condição de passividade referida anteriormente. Sendo estes, objetivos do Serviço Social, procuramos direcionar investimentos, num trabalho realizado com familiares dos internos no Centro de Convivência Santana, buscando resgatar vínculos familiares através de reuniões mensais tendo em

vista que a clientela desse Centro, que consiste de internos com vínculo familiar inexistente, ou quando existentes e gravemente comprometido sem qualquer perspectiva de desinstitucionalização, requerendo dos profissionais, investimentos incessantes com relação à localização e aproximação dos mesmos ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Pois a concepção moderna de assistência aos portadores de transtornos mentais, não admite mais o tratamento sem a participação da família, pois esta é o ponto de referência do interno institucionalizado, com o seu meio social. Não podemos pensar em desospitalização, sem buscar comprometer nesse processo os recursos extra-hospitalares. A partir dessa concepção a desospitalização, só pode concretizar-se na medida em que haja um engajamento, um compromisso político por parte dos familiares, dos profissionais e dos municípios: nossos esforços têm se direcionado juntamente com os demais profissionais dessa área, no sentido de contatar com as Secretarias Municipais de Saúde, no sentido de responsabilizá-las pelos internos oriundos de suas cidades, uma vez que a municipalização é um dos compromissos do Sistema Único de Saúde que prevê a redistribuição das responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde, entre os vários níveis de governo, na concepção de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maiores as chances de acerto. Assim passam os municípios a terem maior poder sobre a saúde.

Entendemos que ao trazer os familiares desses internos, bem como as secretarias municipais a participarem das reuniões realizadas pelo Serviço Social poderemos desenvolver gradativamente mudanças internas na forma de conceber

a doença mental, e partir daí iniciar um processo progressivo de reaproximação família/doente, comprometendo os municípios no sentido de criar uma estrutura que dê suporte extra-hospitalar. Pois na medida em que o Serviço Social consegue efetivar o retorno desse interno ao seu meio sócio-familiar, é imprescindível que estes recebam por parte do município a atenção necessária.

Nossas reuniões também tem como objetivos trabalhar com os familiares as suas dificuldades frente ao portador de transtornos mentais. Existem casos em que os familiares não conseguem vir ao hospital, pela dificuldade de lidar com o comportamento diferente apresentado pelo paciente. Bem como há casos de familiares que não tem coragem de visitá-lo devido ao medo de reconhecer-se nesse interno, como mostraremos a seguir.

A irmã de Maria,² internada neste hospital há muitos anos, soube, há algum tempo, da existência dessa irmã. E por muito tempo não conseguia vir visitá-la, após empenho do Serviço Social, Sr. Ana resolveu vir visitá-la. Em entrevista com o Serviço Social, disse que não poderia estar sempre vindo ao hospital porque é muito depressiva e tem medo de que vindo ao hospital acabe sendo internada aqui também.

Durante a nossa prática de estágio, conseguimos concretizar algumas licenças, que foram viabilizadas após muito investimento. Uma destas foi a de Carolina, que descreveremos a seguir.

² Os nomes utilizados em todos os relatos são fictícios, a fim de preservar a identidade das pessoas envolvidas.

Para concretizar a licença de Carolina, interna da primeira enfermaria feminina, do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, que integra o Centro de Convivência Santana, foram realizados diversos encontros com seus familiares. De início, apresentavam muita resistência, faziam referência às dificuldades de manejo, pois a referida interna, já de idade avançada, apresentava comprometimento físico, necessitando de cuidados de enfermagem. Apesar, de toda sua preocupação nesse sentido, em todos os contatos ficou evidente o temor da família, de ter que assumir a responsabilidade por Carolina.

Ela não vai mais se adaptar lá... (Carolina).

Após três tentativas de licença, não concretizadas; duas por problemas de saúde dos familiares e uma devido a problemas de saúde da interna, a licença é efetivada. Carolina, saiu acompanhada por sua irmã e cunhado, permanecendo um dia com os mesmos.

Solicitamos, a presença dos familiares na reunião seguinte, para avaliarmos a experiência e concomitantemente motivar familiares de outros internos, a fazerem o mesmo, sendo que o Serviço Social entende que essa troca de experiências entre os familiares, faz com que eles superem juntos as suas dificuldades frente a questão da reconstrução dos vínculos.

Os familiares de Carolina, ao relatarem a visita feita por ela, em sua casa, deram muita ênfase as dificuldades físicas de Carolina como forma de justificar a impossibilidade, de que ela retornasse ao convívio familiar.

Nesse caso, como em tantos outros fica demonstrado que a longa permanência em hospitais psiquiátricos faz com que a família se sinta incapaz de lidar com o paciente e reforce cada vez mais essa sua dependência manicomial.

Cada situação, como esta, requer muito empenho profissional, para reverter ou amenizar esse processo.

Seria muita pretensão nossa, acreditar que será possível reverter a situação de todos os internos do Centro de Convivência Santana, fruto de anos de institucionalização. Entretanto, essa realidade não pode servir como justificativa, para convivência com esta situação.

Nosso trabalho tem seguido esse direcionamento de buscar investir incessantemente, reverter essa condição de institucionalizado, nos casos em que há, um mínimo de possibilidade de reconstrução da auto-estima desse interno e reaproximá-lo de seu meio familiar. E, nos casos em que a perspectiva de desinstitucionalização é inexistente, procuramos melhorar a qualidade de vida desse interno tentando resgatar sua condição de ser humano. Nesse sentido utilizam-nos de espaços, como nas assembléias, onde o paciente é ouvido e pode expressar seus sentimentos e desejos, além de sua vivência no cotidiano hospitalar. Serve também como referência temporal e espacial que gradativamente vão se perdendo ao longo de sua internação. Algumas pacientes percebem o passar dos anos através das mudanças nas estações do ano.

O inverno passou, chegou de novo e eu não saio daqui... (Fátima).

E algumas pela alteração da cor dos cabelos.

... quando eu cheguei aqui meu cabelo era pretinho, pretinho, agora, olha só como tá branco (Joana).

Os espaços nas assembléias possibilitam, trabalhar com o interno o resgate de sua auto-estima, favorecendo a recuperação de habilidades sociais como: o autocuidado, as habilidades manuais, intelectuais e profissionais. Neste sentido trabalhamos o lado saudável do paciente. Cabe destacar que a maioria dos profissionais que trabalham com o paciente, compreendendo em sua totalidade, são do Serviço Social e Psicologia. Muitos profissionais ainda estão presos ao aspecto “doença” como sendo desvinculada do contexto vivenciado pelo portador de transtorno mental.

No decorrer de nossa prática, buscando preservar os direitos do interno, contactamos familiares e responsáveis no sentido de garantir às internas o usufruto do seu benefício, bem como viabilizar, quando possível, junto ao previdência, concessões de benefícios.

No momento, encaminhamos a documentação de cinco internas à previdência social.

Entendemos, que seja nossa função criar mecanismos que possibilitem a inclusão desses usuários excluídos, nas políticas de assistência.

2.2 A institucionalização vista pelo portador de transtornos mentais instituído e pelos familiares

Buscando entender os mecanismos de exclusão institucional e suas conseqüências ao portador de transtornos mentais e familiares destes, realizamos um estudo de casos, entendendo ser este, um método qualitativo, que permite aprofundar aspectos vivenciados por estes.

Para realização do estudo, foram efetuadas, como mencionadas no início do trabalho, entrevistas não estruturadas com cinco familiares de internas da primeira enfermaria e cinco portadoras de transtornos mentais da referida unidade, todos estes internos, com longos períodos de internação.

A partir do relato dessas vivências, analisaremos o papel da família nesse processo e o significado da institucionalização para o portador de transtornos mentais.

– Entrevistas com familiares:

a) Quando a doença teve início. E como a família percebeu o problema?

Foi observado em nosso estudo, que grande parte dos entrevistados, tendem, *a priori*, a negar a doença. A buscar explicações sobrenaturais para entender as alterações de comportamento apresentadas pelo seu familiar. Essa negação está vinculada a imagem depreciativa existente em torno da doença mental, onde a família como forma de se proteger e proteger seu familiar doente da sociedade,

vai esgotar, todas as possibilidades que estiverem ao seu alcance. Observamos que grande número de familiares chegam aos hospitais, rompendo com o preconceito, quando a doença, encontra-se em estágios avançados e essa família já não consegue mais suportar sozinha o encargo de controlar esse seu familiar doente em casa.

Quando a doença surge, observamos que a maioria dos familiares pela falta de compreensão, tendem a perceber as alterações de comportamento desse indivíduo, como sendo intencional e isso começa a gerar sérios problemas de relacionamento inter-familiar, como observamos nos relatos a seguir:

Ela começou a sair e não obedecia ninguém. Daí meu pai, deu em levar ela na farmácia. Ele, ia num, dizia uma coisa, ia em outro dizia outra coisa. Eles diziam que era bruxaria, que era espírito (Sra. Lucia).

Ela dava muita dor de cabeça, as mulheres diziam que era espírito, deram um monte de remédio mas não adiantou (Sra. Sônia).

... Ela era uma menina boa, depois ela começou a ficar ruim, malcriada com a gente, era um inferno. Ela saía de casa, não atendia ninguém. Só queria sair por aí (Sra. Maria).

b) O que levou a família a optar pela internação?

Após instalada a doença, a família no período que antecede às internações, vive um sofrimento muito intenso pelo desconhecimento dela e por não saber como lidar com seu familiar doente. Este passa, na maioria dos casos, a sentir-se incomodado com a presença desse indivíduo que apresenta comportamento

bizarro que o perturba profundamente. Nesse período, há relatos de sérios conflitos chegando a ocorrerem agressões físicas por parte da família e do paciente como observaremos a seguir:

Uma vez avançou no meu marido, se não fosse meu filho, ele tinha matado ela... (Sra. Vera.).

Quando ela ficava ruim queria dar na minha mãe e tudo (Sra. Ana).

Meus irmãos não gostavam que ela fugia, porque daí tinham que ir atrás dela. Eles diziam: se tu sair mais uma vez de casa, vou meter o pau em ti (Sra. Maria).

Nesse contexto de grandes crises sociais intra-familiares, que a família vai buscar ajuda em instituições psiquiátricas, nesse momento o doente representa para muitas famílias, como sendo o responsável por todo o sofrimento vivenciado pela família. Estes não se dão conta de que, quem mais sofre é o próprio portador de transtornos mentais, que vivencia a “loucura”, que vive em constante agonia devido aos sintomas da doença, muitos tendo alucinações, delírios que confundem-se com a realidade.

c) Como era a relação da família com o doente após sua internação em hospital psiquiátrico?

Após a descoberta do espaço institucional as famílias na sua grande maioria demonstram acreditar que o melhor lugar para o seu familiar é a instituição. E assim, na medida em que os anos passam, suas internações começam a ser mais

freqüentes e mais prolongadas. Pois, se antes da internação existia por parte destes uma preocupação em curá-lo, após conhecer as instituições passa a desenvolver uma dependência destas. Observamos que com o distanciamento do doente a família começa gradativamente a ocupar o espaço do portador de transtornos mentais e para evitar que retorne para casa, começa a distanciar-se do interno, se antes vinha semanalmente, passa a vir mensalmente; anualmente, até que não procura mais seu familiar. Um aspecto, que chamou atenção foi que em muitos casos, o interno deixou de retornar ao convívio familiar, após o falecimento dos pais; como podemos observar nos relatos:

... depois que minha mãe morreu ela não voltou mais, meu pai casou outra vez (Maria).

... quando meu pai e minha mãe eram vivos ela ia sempre para casa, depois não deu mais (Sra. Ana).

Enquanto os pais ainda são vivos, o núcleo familiar em muitos casos se mantém, existem por parte destes, um sentimento interno de ser responsável pelos seus filhos, que é preservado por padrões culturais.

Após o falecimento dos genitores, seus outros familiares em muitos casos não querem mais assumir essa responsabilidade pelo doente e assim vão gradativamente transferindo essa tutela às instituições manicomiais, percebendo nelas um local, onde ele vai ser tratado por médicos e receberão a assistência

adequada. Tendo esta concepção, a família vai diminuindo o sentimento de culpa por tê-lo abandonado nessas instituições.

A sociedade como um todo parece apoiá-los nisso, pois, para nós, é uma satisfação pensar que aqueles que exilamos nos hospitais psiquiátricos estão recebendo tratamento, e não castigo, sob os cuidados de um médico (Goffman, 1974, p. 299).

d) Como percebe a instituição psiquiátrica?

A instituição é percebida, por muitos, como o único recurso de que dispõem e na prática isso ainda é real. Observamos em nosso estudo, que muitos familiares de internos institucionalizados possuem, uma visão positiva das instituições psiquiátricas. A própria associação de familiares de portadores de transtornos mentais de Santa Catarina, colabora como difusora dos interesses institucionais, pela manutenção das instituições manicomiais, a família, tendo uma percepção equivocada dessas instituições reforça cada vez mais sua dependência a estas.

O hospital é uma grande coisa, já pensou, esses doentes tudo em casa, como é que a gente ia fazer (Sr. João).

Todo o processo de modernização que vem ocorrendo no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e que é tão divulgado pela mídia, são estratégias que, antes de serem comprometidas com um real interesse na qualidade do atendimento a população, visam, sobre tudo a sua perpetuação. O que inegavelmente vem repercutindo de maneira favorável, junto a população.

... ultimamente é jóia isso aqui. Antigamente não existia essas coisa tudo não (Sra. Maria).

Esse hospital é uma coisa boa, e cada vez, tá ficando melhor (Sra. Ana).

Enquanto todo *glamour* da instituição é tão percebido por todos esses familiares e população. Os frutos, de anos de abandono e segregação, mostram a outra face, nada agradável, de ser observada.

e) Como a família vê a situação vivenciada pela seu familiar interno.

Observamos que alguns familiares percebem o portador de transtorno mental, como alguém incapaz de poder retornar ao convívio familiar. Alguns fazem referência a ausência de interesse de retornar ao seu meio familiar, como sendo patológico. O que significa ter uma justificativa para manter inalterada a situação desses internos, bem como o desencargo de consciência. Já, que é muito mais cômodo acreditar que o portador de transtornos mentais estão em uma instituição psiquiátrica por sua vontade.

Segundo Delgado (1990, p. 191), essa característica da perda de interesse pela vida, o embotamento afetivo, a incapacidade de pensar no futuro é decorrente de uma perda gradual que é determinada pela patologia ou pelos longos anos de segregação institucional.

... ela não tem mais condições de viver lá fora (Sra. Lúcia).

Não vejo nenhuma possibilidade de ela ir pra lá. Uma que ela não gosta de ficar lá e outra, que ela diz que não tem casa. E que a casa dela é o hospital (Sra. Ana).

Outros familiares, quando questionados sobre o que pensam sobre a condição de vida do paciente interno, dizem ficarem chocados ao verem seres humanos vivendo em um ambiente que acarreta tantos malefícios a saúde.

... quem não é muito certo aqui, acaba ficando doido (Sr. João).

... isso aqui é muito triste, eu acho muito triste ter que viver assim (Sra. Ana).

Cabe ressaltar, que os familiares mudaram sua opinião em relação ao hospital, a partir do momento que sugerimos que estes tentassem imaginar-se tendo a mesma vivência do seu familiar institucionalizado.

A perspectiva de imaginar-se internado dentro de um hospital durante anos os assustou. No entanto, esse seu envolvimento emocional, não se mantém solidário por muito tempo. Observamos que a partir do momento em que o interno perde seu espaço no núcleo familiar o resgate vai representar um trabalho desgastante por parte dos profissionais.

f) Que tipo de informação a família tem referente as políticas de saúde mental.

Em nossa pesquisa, percebemos que a grande maioria dos familiares, não tiveram acesso adequado as discussões referentes a essa nova concepção de saúde mental, apesar de haver, toda uma preocupação por parte dos profissionais da área da saúde e dos movimentos populares. As discussões têm sido pouco difundidas junto aos maiores interessados, ou seja, familiares e internos. Estes na sua maioria possuem uma visão equivocada sobre a questão da saúde mental, numa visão ainda de assistência centrada nas instituições psiquiátricas.

O hospital não pode fechar, né? Se fecha, onde vão os doentes? (Sr. João).

Alguns fizeram referência, a ter tido algum acesso sobre informações referentes à saúde mental, em reuniões realizadas pelo Serviço Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Consideramos que o aparato institucional, pode representar um espaço de informação, é nesse sentido que o Serviço Social tem direcionado também sua atuação.

É bom, muito bom mesmo essas reunião. Porque a gente nunca sabia de nada. Agora a gente está aprendendo como é as coisas (Sra. Maria).

– **Entrevista com portadores de transtorno mental institucionalizado**

a) Como era a relação com a família no início da doença?

Em sua maioria, referem a história da doença, associada a problema de relacionamento familiar. Cada uma com uma história única que acaba aproximando-se de todas. O início da doença já marca o princípio do processo de exclusão, que antecede os muros dos manicômios.

A partir do momento em que a doença se manifesta, os portadores de transtornos mentais em sua maioria, começam a perder a posição que ocupavam dentro do seu meio sócio-familiar. Assumem perante a família o papel de incapazes, passando a serem tutelados por estes. Sua vida começa a ser determinada e controlada.

Assumindo efetivamente a condição de desacreditado. Sofrendo por parte do s considerados normais, inúmeras discriminações (Goffman, 1982).

Essa condição é confirmada por estes, como veremos a seguir:

... eu não sei fazer comida, minha mãe é que fazia tudo... (Neuza).

... eu tinha sobrinhos que não me respeitava. Os meus irmãos me chamavam de bruxa velha, não me chamava pelo nome certo (Elza).

O portador de transtornos mentais, começa a ser estigmatizado, a partir do momento em que seu meio social-familiar percebe sua diferenciação, criado o

estigma vai gradativamente perdendo todos os seus “direitos”, mesmos os mais elementares.

Eu não podia sair sozinha, *minha mãe dizia que podia ter ataque* (Elza).

Nas sociedades capitalistas como a do Brasil, há uma supervalorização do trabalho, produção, competitividade e hoje, cada vez mais intensa com as teorias de globalização da economia.

Diante deste contexto, a pessoa não adaptada, sofre uma desqualificação moral muito grande, acaba sendo vista pelo seu meio familiar como um fardo.

... quando fiquei doente, só ficava na cama. Minha sogra me chamava de preguiçosa. Mas eu não podia fazer nada (Sônia).

Essa desqualificação do portador de transtorno mental, tende a agravar-se a partir do momento em que através de um caminho de indicações, é levado voluntária, ou na sua grande maioria, involuntariamente aos cuidados de um psiquiatra (Goffman, 1974, p. 285).

b) Como foi sua chegada ao hospital psiquiátrico

Na sua maioria, após serem avaliados por um médico psiquiatra, eram encaminhadas a internação em instituições psiquiátricas, que passaram a assumir a função de corrosão da identidade desses internos, que até então vinham sendo realizadas pela família.

As instituições tendo como objetivo histórico, isolar e excluir, impõe a sua função de dominação sobre o portador de transtorno mental, já a partir de sua chegada na instituição.

Conforme relatos a seguir:

... eu nem falei com o médico, quem falou foi meu marido e meu cunhado (Sônia).

... cheguei bem ruim, os guardas me trouxeram para cá. Aí, eu me sentei no corredor, não queria me levantar, daí eles me levaram a força. Aí, me levaram lá pra cela. Lá pra cadeia (Alice).

A instituição, através de seus profissionais mantém uma relação hierarquizada com esses internos, com o objetivo de domesticá-lo, fazendo com que ele submeta-se a todas as normas sem questioná-las.

Segundo relato de várias internas, por algum tempo elas resistem o que é imposto. Sendo percebidas como “paciente problema”.

... no início eu não queria ficar, eu pulava o muro, pra ir embora (Neusa).

... não gostava daqui, mas quando fugia, o vigilante pegava (Ana).

... tem doente que quer ir embora e bate na gente, quebra vidro... (Alice).

Essas internas, por algum tempo vão tentando resistir à força da instituição, a essa relação de poder que está presente a todo momento. Os internos, tem que

aprender que muitas vezes só conseguem algo do profissional, quando se dirige a ele com respeito, deixando muito claro a diferença hierárquica existente.

Um tom de voz mais ríspido, em um momento de nervosismo possivelmente será interpretado como anormal, como sendo uma manifestação patológica.

... eu não queria internar e os guardas, me levaram pra cela e me deram comprimido (Alice).

Como já mencionado anteriormente, dentro de uma instituição manicomial, “a normalidade está na anormalidade”. Nesse sentido, observamos que os profissionais da área biológica (médicos, enfermeiros) tendem a perceber o interno totalmente descontextualizado de seu meio sócio-cultural. O que faz com que ao avaliar o paciente não levem muito em consideração os fatores bio-psico-social, prevalecendo o fator biológico.

Casos como de Janete, exemplificam a importância de estar observando seu comportamento, levando em consideração a inter-relação dos três fatores, bio-psico-social e não apenas como uma manifestação patológica descontextualizando-a de seu contexto social.

A interna Janete, apesar de anos de intervenção, frequentemente quebra vidros da enfermaria, e como faz parte das normas institucionais é imobilizada com faixas de contenção em sua cama. Janete não consegue comunicar-se verbalmente (muda), mas quando abordada, realiza gestos com as mãos,

deixando claro, o seu desejo de ir embora. Esta foi a forma que Janete encontrou, para chamar a atenção do seu problema, sendo este de ordem social e não uma manifestação patológica.

c) Como percebe sua relação com a família após a intervenção

A grande maioria das internas, não mantém contanto freqüente com seus familiares. Algumas, há muitos anos não recebem visita da família, outras, durante sua internação, nunca receberam visita de seus familiares.

... eu queria que eles viessem, mais coitados são pobres, não têm dinheiro (Alice).

Outras, como Alice, buscam encontrar justificativas para seu abandono familiar.

Algumas internas que eventualmente recebem visita, mantém ainda, em sua maioria, a perspectiva de retornar ao seu meio familiar.

Eu queira ir embora prá casa da minha prima Tereza, enquanto o meu cabelinho da cabeça tá ainda pretinho. Eu achava bom, ir embora pra casa da minha prima Tereza, enquanto o cabelo dela ainda é pretinho.

A institucionalização progressivamente vai destruindo a identidade do portador de transtorno mental, tanto internamente, desqualificando-o a todo momento, quanto externamente destruindo através do afastamento os laços sócio-familiares.

d) Como percebe sua condição de institucionalizado.

Os longos anos de segregação institucional geram na maioria dos internos, um sentimento de impotência frente a qualquer possibilidade de reaproximação com seu meio sócio-familiar.

... aqui, eu acho ruim, mais eu não posso ir embora, porque estou doente. Eu não paro lá fora. Eu quero sair, mais não dá (Alice).

O interno, antes mesmo da internação, já trás um estigma de ser um doente mental. O que faz com que tenha medo de defrontar-se com essa sociedade que um dia lhe impôs, esta condição de institucionalizado.

Com o estigma de ser doente mental e, com esse status reduzido, têm prospectos ainda mais reduzidos fora do hospital do que antes de ser admitido neste (Goffman, 1974, p. 306).

Durante nossa experiência prática, observamos que muitas internas foram gradativamente aceitando sua condição de institucionalizada, após muita resistência para manter sua identidade, sua auto-estima. Mas como os anos passam, tornando-as, cada vez mais fragilizadas, estas acabam perdendo qualquer expectativa de mudança. Não permitindo-se mais vivenciar qualquer experiência nesse sentido.

Temos na primeira enfermaria, alguns casos em que conseguimos fazer com que os familiares aceitem a tentativa de reconstrução dos vínculos. Mas em

contrapartida a interna não aceita qualquer aproximação. Estas pacientes possivelmente, constroem uma couraça protetora, na tentativa de defender-se de seus familiares e da instituição que privou-lhes de tudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, no Brasil, vem sendo feitas intensas discussões sobre a ineficiência dos hospitais psiquiátricos, atendimento este, que segrega o indivíduo, isolando-o do seu meio sócio-familiar. Estas instituições mostraram-se, ao longo de sua existência, incompetente em conseguir mudanças significativas e duradouras na saúde e na vida daqueles que o procuram.

É importante destacar, que as transformações não ocorrem sem luta, são fruto de uma incessante mobilização por parte dos movimentos populares, contrários aos interesses de grupos fortes que defendem a manutenção da “indústria da loucura”.

As instituições psiquiátricas deixam transparecer sua face perversa, em cada homem, cada mulher, usurpando-lhes todos os direitos nos longos anos de reclusão.

Diante dessa realidade, ainda muito presente em muitas instituições de todo Brasil, entendemos que seja necessário que os profissionais comprometidos com reais mudanças nas políticas de saúde, se engajem cada vez mais aos movimentos populares, no sentido de difundir as discussões referentes às políticas dessa área, aos maiores interessados, os portadores de transtornos mentais e seus familiares.

O presente trabalho possibilitou percebermos que os familiares das internas institucionalizadas, são carentes de informações referentes às políticas de saúde mental, o que faz com que sejam facilmente manipulados por essa indústria da loucura, que passa a estes, através de mudanças cosméticas, uma visão positiva dessas instituições psiquiátricas.

Cabe ao Serviço Social, juntamente com outros profissionais comprometidos na mudança dessa realidade institucional, trabalhar incessantemente no sentido de democratizar as informações, provocando a reflexão da população envolvida nesse processo, bem como, direcionar nossa prática, no interior dessas instituições, buscando ajudar o portador de transtornos mentais no resgate de sua “cidadania”.

Sendo a institucionalização uma realidade complexa, merece ser mais discutida e aprofundada por outros profissionais dessa área, com o intuito de difundir cada vez mais esta temática, junto à população. Pois compreendemos ser a informação um forte instrumento para mudanças concretas referente à questão da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOLFI, Maurizio, ANGELO, Cláudio et al. *Por trás da máscara familiar*.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ALBUQUERQUE, J. A. Gulhonde, BIRMAN, Joel et al. *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

BERENSTEIN, Isidoro. *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta, 1988.

BIRMAN, Jal. *Sexualidade na instituição asilar*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde et al. *Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília, 1994.

COELHO, Salésio João. *O doente mental e seu tratamento*. Florianópolis, 1992.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) –
Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). In: TUNDS, Silverio Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 172-191.

GERALDO, Moisés Antônio. *Por uma abordagem mais consciente do tratamento do doente mental*. Florianópolis, 1994. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LAING, R. D. *A política da família: e outros ensaios*. São Paulo: Portugalia, 1971.

LANE, Silvia T. Maurer. *O que é psicologia social*. 20. ed.

LOYELLO, Washington. *Para uma psiquiatria da libertação*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MILES, Agnes. *O doente mental na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

PEREIRA, João A. Frayze. *O que é loucura*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

REZENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990, p. 30-64.

SILVA, Valmir Adamor da. *A história da loucura: em busca da saúde mental*. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1979.

WALENDOWSK, Sueli. *O direito de ter direitos*. Rio de Janeiro, 1991, p. 31-39.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1993.

ANEXOS

Roteiro de entrevista
(Portador de transtorno mental)

1. Infância – o que lembra da relação com os pais e outros familiares?
2. O que lembra do início da doença?
3. O que lembra do início do tratamento? Onde foi e como foi tratado?
4. Como foi sua chegada ao hospital, na primeira internação?
5. A família vinha visitá-lo? Quem vinha?
6. Sente saudades da família? De quem?
7. Existe alguém que não gostaria de ver? Quem e porquê?
8. Tem idéia de quanto tempo não recebe visita?
9. Como percebe sua situação?
10. Gostaria de sair do hospital?
11. Percebeu mudanças no hospital ao longo de sua internação?
12. Tem planos para o futuro?

Roteiro de entrevista (Familiares)

1. Quando a doença teve início?
2. Como a família percebeu o problema?
3. Como era a relação familiar?
4. Quando foram buscar ajuda médica? Que tipo de orientação receberam?
5. Como percebiam a doença mental no início do tratamento?
6. Como percebem a doença mental hoje?
7. Como sentem a intervenção dos profissionais do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, junto ao interno e familiar?
8. Tem tido acesso a informações referente às políticas de saúde mental?
De que forma?
9. (Se afirmativo) Como tem visto esta discussão, sobre o assunto?

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GABINETE DO DEPUTADO JOÃO HENRIQUE BLASI

PARECER SUBSUMIDO EM SUBSTITUTIVO GLOBAL DO RELATOR NA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO DE LEIS, DEPUTADO JOÃO HENRIQUE BLASI, AO PROJETO DE LEI Nº 340, QUE "DISPÕE SOBRE A REFORMULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA, DETERMINA A SUBSTITUIÇÃO PROGRESSIVA DOS LEITOS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL, DETERMINA REGRAS DE PROTEÇÃO AOS QUE PADECEM DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DÁS OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

Isagógicamente, faz-se mister tecer algumas considerações acerca da gênese e da evolução do sistema manicomial e da psiquiatria em geral.

O primeiro hospício ou manicômio, local para onde eram enviados os chamados "loucos" remonta há mais ou menos 1000 anos, no Oriente. No Ocidente conta com cerca de 800 anos. Por outro lado, o primeiro medicamento eficaz para delírios e alucinações, que são os primeiros sintomas das doenças mentais mais graves, passou a ser usado em 1956, mas só chegou ao Brasil em fins da década de 60. Todavia, o Hospital Colônia Santana, hoje denominado Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ-SC), foi inaugurado na década de 40, mais de 20 anos antes do advento da era psicofarmacológica.

Antes dos medicamentos, uma internação num hospício poderia durar muitos anos. No Brasil, e em outros países, era comum encontrar-se macro-hospital com até 10.000 doentes, sem que houvesse instalações e pessoal para a assistência adequada. As condições de higiene e de atendimento tornavam-se cada vez mais precárias. Nestas condições, os doentes não poderiam evoluir senão para a deteriorização mental e física.

Nos dias atuais, com os novos medicamentos e as abordagens psicossociais, um paciente permanece internado entre 7 a 30 dias, saindo de alta para continuar seu tratamento em serviços comunitários e ambulatoriais, perto de sua comunidade e junto a seus familiares. No mês de fevereiro de 1997 a média de permanência hospitalar do IPQ-SC foi de 28 dias.

Equipes multidisciplinares, constituídas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, apoiados por pessoal administrativo e auxiliares de enfermagem, passaram a desempenhar importante papel no tratamento dos pacientes.

As abordagens educacionais para pacientes e familiares, informando sobre as doenças mentais e o modo de conviver com elas, associando medicamentos com orientações psicossociais e reabilitadoras, têm sido revolucionários na

melhoria da assistência aos portadores de transtornos mentais, nos últimos anos, no mundo todo e também em nosso Estado.

Tornou-se possível evitar a desintegração familiar e tratar o portador de transtornos mentais, de modo mais eficiente, racional e humano.

Procura-se, pois, reduzir ao máximo as internações, com o menor número de pacientes internados. A assistência hospitalar, porém, continua necessária e imprescindível em certos casos e em certos momentos agudos da doença.

Na seqüência desta evolução, com a diminuição das internações e a ampliação dos tratamentos ambulatoriais, os portadores de transtornos mentais vão ser cada vez mais atendidos nos mesmos centros de saúde e hospitais destinados a pacientes portadores de outras patologias.

Há necessidade de diminuição do estigma e do preconceito acumulados durante anos contra os portadores de transtornos mentais, contra suas famílias (que eram culpabilizadas pela doença de seus familiares ou acusados de abandoná-los nos hospitais), e contra todos os que estiveram mais perto dos pacientes, inclusive os profissionais de saúde que os atenderam e atendem. A busca de um culpado é o principal mantenedor de preconceitos que prejudicam os pacientes.

Entende-se, hoje, que as doenças mentais são como qualquer outra doença crônica, como o diabetes ou como a epilepsia, por exemplo, que necessitam de tratamento muitas vezes contínuo. A internação psiquiátrica deve ser entendida, assim, como parte integrante e, às vezes, indispensável de um tratamento. Como uma forma de auxiliar um paciente em crise a encontrar a melhora de seus sintomas, preparando-o para retornar a sua família. Por isto, entende-se, hodiernamente, o tratamento hospitalar como parte da rede integral de atenção à saúde.

Dentro desse contexto, a idéia de extinção dos hospitais psiquiátricos remete-nos à década de 50 e 60, com o movimento chamado de "antipsiquiatria", que defendia a idéia da inexistência da doença mental. Negava a necessidade do uso de medicamentos e de internação nos hospícios da época. Anote-se, por verdadeiro, que aquelas instituições apresentavam superpopulação e péssimas condições de assistência ao internos.

Os EUA, na década de 60, implementaram um projeto de desospitalização, com criação de centros comunitários regionais. Na década de 80, trabalhos científicos mostraram que 1/3 dos sem-teto norte-americanos eram esquizofrênicos e afetivos que não estavam sob tratamento. O número de doentes mentais em prisões americanas havia aumentado grandemente, bem como o número de suicídios em doentes mentais. Vários estudos passaram a defender as internações psiquiátricas como importante meio de tratamento psiquiátrico. Na Europa, apenas a Itália aprovou lei antimanicomial. Os outros países estão fazendo uma "reforma psiquiátrica" mais moderada, aprendendo com os erros e acertos norte-americanos e italianos.

Contudo, apesar das mudanças, dos novos medicamentos e das descobertas sobre o funcionamento do cérebro, permitindo maior conhecimento e melhores resultados no tratamento dos pacientes, antigas idéias e preconceitos permanecem.

A aludida "reforma psiquiátrica" é, inequivocamente, uma realidade em todos os países do primeiro mundo, avançando também nos países em desenvolvimento. As orientações da OMS, para o setor são para que se evitem atitudes radicais, nas mudanças, como desativar instituições hospitalares antes que novos serviços estejam em funcionamento. Orientam ainda que se busque planejamento e legislações que humanizem o tratamento, garantindo um período de tempo que permita aos pacientes às famílias, aos profissionais de saúde e à sociedade em geral, a adequação ao novo modelo de tratamento, que deixa de ser centrado no hospital, passando este a ser parte da rede de assistência aos portadores de transtornos mentais que deverão ser encaminhados para equipamentos comunitários, como postos de saúde, oficinas terapêuticas de centros de convivência.

A propositura em epígrafe de autoria dos preclaros Deputados Volnei Morastoni Idelvino Furlaneto, faz parte de um grupo de diversos projetos apresentados por Parlamentares da mesma grei partidárias (PT) em Assembléia Legislativas de vários Estados da Federação. Todos têm como base o PL nº 8 da Câmara dos Deputados da lavra do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Senado, eis que aprovado na Câmara, em 1989, sem discussão, mercê de acordo de lideranças. O projeto tomou-se polêmico, gerou intensa discussão nos meios acadêmicos, e teve o grande mérito de trazer para a sociedade a discussão sobre a assistência aos portadores de transtornos mentais. Segundo Valentim Gentil, Prof. Titular de Psiquiatria da USP: "O Projeto Delgado foi construído sobre a distorção da idéia de proibir construção de hospitais psiquiátricos tradicionais, manicomiais. Ele poderia ser inócuo, pois nada digno de nota foi construído neste país, desde a década de 50. Entretanto, ele impediria investimentos futuros em modernos hospitais, necessários para as atividades diagnósticas, terapêuticas e de pesquisa. A lei estadual proposta, (tão igual a de outras unidades federadas, que parecem clones), além de decretar, a essência, o "impeachment" do psiquiatra, "criminaliza" questões técnicas altamente complexas.

Atualmente, o PLC nº8, foi substituído pelo voto em separado do Senador Lucídio Portela, aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, pela ampla maioria dos Senadores presentes. Transcrevemos parte do voto do Senador José Fogaça, pela pertinência e oportunidade: *"...Quero fazer um elogio ao Parecer e ao Relatório do Senador Lucídio Portela, no seu voto em separado, que é um modelo de equilíbrio, bom senso e de análise.*

O Relatório do Senador Lucídio Portela nos leva à seguinte questão: fechar os hospitais psiquiátricos é mais barato, toma o investimento em saúde mais barato, porque vai reduzir o conjunto de equipamentos específicos da área médico-hospitalar, que muitas vezes são mais caros. Vai quem sabe tirar dos governos a responsabilidade de investir nestes equipamentos que são específicos e necessários à área médica. Realmente barateia muito a saúde no Brasil.

Agora eu pergunto: é mais barato, mas é mais adequado? Será que a questão da saúde mental pode ser tratada desta maneira? Vamos reduzir os

investimentos, os recursos, vamos baratear fechando os hospitais psiquiátricos e empurrando os doentes mentais para um tratamento considerado mais de assistência social do que médico? É mais adequado? Não creio Sr. Presidente.

Ao longo do tempo, pude constatar isto. Quando visitei alguma instituição específica em outros países, toda vez que eu podia eu solicitava um desses **cases papers**, que são textos ou materiais produzidos a respeito dessa experiência. Muitas vezes, até fui falar com pessoas ligadas a essas experiências no Estado Unidos. E, lá, o que aconteceu? As famílias não fizeram restrições em receber seus parentes que sofrem de doença mental. Mas com o passar do tempo, a experiência provou que algumas pessoas que tem um distúrbio de comportamento ou doença mental, ao longo de seis meses, de um ano, de dois anos vão criando um desequilíbrio nas relações internas da família. As famílias ricas contratam enfermeiros. Nas famílias pobres o filho acaba na rua como **homeless**, como um sem teto. Este cidadão não irá trabalhar em lugar nenhum, não irá praticar nenhuma atividade produtiva e será também, possivelmente, uma pessoa que não irá agredir ninguém, mas será uma pessoa absolutamente abandonada. Portanto este processo de desinstitucionalização mostrou, que também pode na prática desagregar e desestabilizar. Fui falar com pessoas que viveram esta experiência.

Dados comprovam que a esquizofrenia não é só uma questão cultural. Herdamos uma concepção científica do século XIX, que baseava toda experiência de desequilíbrio e distúrbio mental e emocional a partir de processos culturais: a cultura, o mundo, a vida, as relações sociais é que produziam as pessoas perturbadas mentalmente.

Hoje está provado que é uma questão biológica, transmitida hereditariamente, e que em torno de 1% da humanidade pode desenvolver esquizofrenia, podendo tomar-se aguda e patológica em níveis insuportáveis. Há também uma concepção biomédica que diz que os tratamentos medicamentosos só podem ser prescrito por médicos e que muitos tratamento devem ser feitos em hospitais.

Os hospitais psiquiátricos, por exigência do Ministério da Saúde, além dos médicos tem que ter psicólogos, assistentes sociais, e o prontuário do paciente tem que ter assinatura desses profissionais que não são médicos.

No parecer do Senador Lucídio Portela, Sua Exa., permite a continuidade dessas instituições e incorpora todas as reivindicações dos setores e corporações, digamos assim, mais vinculados à idéia da extinção".

Dito isto, impende anotar que o Projeto de Lei 340, contém, s.m.j., os mesmos equívocos encontrados na sua versão nacional, porque

- Mantém a designação "aos que padecem de sofrimento psíquico", ao definir os beneficiados pelo projeto, que é um termo ambíguo, indefinido e tecnicamente incorreto. O termo adequado, previsto no Código Internacional de Doenças (CID 10) publicado no Brasil em 1993, é "portadores de transtornos mentais".

● Considerando que hoje, mesmo nos países do primeiro mundo, que possuem hospitais especializados em psiquiatria, ao lado de inúmeros serviços ambulatoriais e comunitários, é consenso mundial que o tratamento dos portadores de transtornos mentais, em momento de crise, há que ser feito em regime de hospitalização. Logo, aprovação da lei, nos termos descritos, levaria à desassistência dos casos mais graves, pois ninguém investe numa instituição que está em extinção, por lei.

● O artigo 3º proíbe investimentos e ampliações em hospitais psiquiátricos e "institutos". desta maneira, os três únicos hospitais psiquiátricos de Santa Catarina, uma vez aprovada a lei, estariam em apuros imediatos. Dois são "Instituti" (Instituto São José e Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina -ex-Colônia Santana) e o terceiro é do Hospital de Rio Maina. Caso a lei fosse aprovada, mesmo a construção de uma instalação sanitária, poderia ser vedada, a teor deste preceptivo.

● O artigo 4º em seu § 2º, inadmite, absurdamente, a internação de portadores de alguns diagnósticos (dependência química, deficiência mental e epilepsia) em hospitais psiquiátricos, quando se sabe que portadores de transtornos mentais esquizofrênicos ou afetivos podem fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas ou de drogas e apresentar os dois diagnósticos concomitantemente.

● À luz do artigo 7º, em seu § 1º, dentro de 24 horas, a contar da internação psiquiátrica, o médico de plantão deverá comunicar ao Ministério Público tal fato. (Somente o IPQ-SC interna, em média, 250 a 300 pessoas por mês, circunstância que se presta para patentear o descabimento da proposição).

● Conforme o art. 8º, o Ministério Público deverá realizar vistorias periódicas nesses estabelecimentos psiquiátricos para verificar a correta aplicação da lei, o que, de "per si", coloca-os sob o sinete de uma atuação legalmente suspeita, ademais do que, são, antes de tudo, nosocômios, e não estabelecimentos de execução penal, para cujo fim existem os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, antigos manicômios judiciais, estes sim, afetos diretamente ao "Parquet".

● Adota a postura de criminalizar o ato da internação psiquiátrica, voltando-se para a extinção deste tipo de estabelecimento com base teórica no "Movimento Antipsiquiátrico", que teve seu momento de glória nas décadas de 50 e 60.

Com o único intuito de contribuir para a discussão mais aprofundada da matéria, que ostenta, inegavelmente, um amplo alcance social, tomamos a liberdade de apresentar o SUBSTITUTIVO diante do transcrito.

Lastreamo-nos nos "PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DAS PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL" que a Assembléia Geral da ONU adotou em 17-11-91, como Resolução. Serviram de subsídios também, as Resoluções do Conselho da Europa, Orientações da Coordenação de Saúde Mental da OMS, Textos da OMS sobre a Assistência Primária à Saúde, Informações Científicas do National Institute of Mental Health, Assessoria de Professores de Psiquiatria, Reuniões com Associações de Familiares de Portadores de Transtornos Mentais, Orientações da Secretaria Estadual de Saúde, Reuniões com profissionais de Saúde Mental em atividade nos serviços públicos estaduais, com especial destaque para os Médicos Psiquiatras Drs. Júlio Cesar Gonçalves e João Emani Leal.

Servimo-nos, ainda, do Substitutivo Global, aprovado no Senado, para a "Reforma Psiquiátrica no Brasil", cujo texto tem a aquiescência da comunidade científica e das associações de familiares de pacientes estaduais e nacionais.

Acreditamos que tal iniciativa implica a ampliação de PL 340, que deixa de ser um projeto "antimanicomial" para propor uma série de avanços, tais como:

1. Que os portadores de transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais enquanto pessoas humanas resguardados em qualquer estabelecimento de saúde de saúde mental a todo tempo;

2. Orientação para um modelo de assistência comunitária, dentro dos preceitos do SUS;

3. Criação de mecanismos de controle de internação involuntária, buscando preservar os direitos do paciente;

4. Ampliação constante de mecanismos de reabilitação e reinserção social do paciente, em todos os estabelecimentos de saúde;

5. Modernização constante dos Hospitais Psiquiátricos, para que dêem atenção integral ao portador de transtornos mentais, eliminando o velho modelo não-terapêutico, não-reabilitador e de abandono, que caracterizava o antigo hospício, cuja existência ninguém defende.

6. Conceituação clara dos três tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação Voluntária;
- b) Internação Involuntária;
- c) Internação Compulsória.

Apresentamos, a seguir, a íntegra do texto da emenda substitutiva global.

**SUBSTITUTIVO GLOBAL AO
PROJETO DE LEI DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA**

Nº 340/95

"Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, regulamenta a internação voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências".

DOS DIREITOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 1º - São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, família, recursos econômicos, nível de gravidade, tempo de evolução de seu distúrbio, ou qualquer outra característica:

- a) acesso à melhor assistência para tratamento disponível no sistema de saúde;
- b) tratamento com humanidade e respeito à dignidade da pessoa humana;
- c) proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração;
- d) garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- f) obter o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- g) tratamento em ambiente terapêutico, o menos restritivo possível;

h) tratamento, preferencialmente, em estabelecimentos de saúde mental próximos de sua comunidade;

i) que a determinação de portador de transtorno mental seja feita de acordo com padrões médicos aceitos internacionalmente.

Art. 2º - Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, o usuário e seus familiares terão acesso a informações sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais.

DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 3º - Os portadores de transtornos mentais são usuários do SUS, em todos os seus níveis, com acesso garantido a todos os serviços oferecidos, devendo seu atendimento ser assegurado sem discriminação.

Art. 4º - Os programas de assistência à saúde mental devem ter como princípio as recomendações para a assistência à saúde geral, observados os seguintes requisitos:

a) assistência centrada na comunidade, mantendo o paciente integrado no meio familiar e sócio-profissional;

b) consideração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais inerentes ao ser humano, no planejamento da rede de assistência à saúde mental;

c) priorização das ações primárias à saúde, com atenção especial para aspectos de reabilitação de reinserção social;

d) visão da saúde mental como parte integrante da saúde geral da população, evitando preconceitos e atitudes discriminatórias;

e) funcionamento dos serviços de saúde mental e psiquiatria em conjunto com outros serviços de saúde, ocupando espaços físicos comuns;

f) garantia da existência de serviços e hospitais especializados em psiquiatria e saúde mental.

Art. 5º - A rede de assistência à saúde mental deve ter:

- a) níveis crescentes de complexidade;
- b) garantia de continuidade da atenção nos diversos níveis;
- c) multiprofissionalidade na prestação dos serviços.

Parágrafo único: Fazem parte da rede de assistência à saúde mental, entre outros:

- 1. Ambulatório de Psiquiatria e Saúde Mental;
- 2. Centro de Atenção Psicossocial;
- 3. Hospital - Dia;
- 4. Hospital - Noite;
- 5. Pronto-socorro de Hospital Geral;
- 6. Leito psiquiátrico em Hospital Geral
- 7. Pronto-atendimento Psiquiátrico;
- 8. Hospital Especializado em Psiquiatria;
- 9. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- 10. Centro de Convivência;
- 11. Pensão Protegida;
- 12. Oficina Terapêutica.

DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR

Art. 6º - A hospitalização, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficiente.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao paciente, incluindo assistência médica, psicológica, social, ocupacional, de lazer, acompanhamento familiar e outras.

§ 3º Fica vedada a internação de paciente em instituições desprovidas dos recursos de assistência elencados no parágrafo anterior e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no artigo 1º.

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Art. 7º - A internação psiquiátrica somente será efetivada mediante laudo médico que explicita seus motivos.

Parágrafo Único: Existem três tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação Voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação Involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro;
- c) Internação Compulsória: aquela determinada pela justiça.

Art. 8º - A pessoa que solicita voluntariamente a sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, declaração de que optou por este regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da hospitalização voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente, ou por alta médica.

Art. 9º - A internação involuntária, será autorizada por médico, em face das seguintes condições:

- a) Se o estado clínico do paciente constituir risco iminente para si ou para outrem;

b) Se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado;

c) Se houver autorização expressa da família ou de representante legal do paciente.

Art. 10º - A hospitalização involuntária terá validade por 7 (sete) dias e sua prorrogação dar-se-á mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

§ 1º - A Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária será constituída por 2 (dois) membros da Comissão de Ética Médica do estabelecimento, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina, e por um médico representante do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º - O Ministério Público, *ex officio*, atendendo denúncia, por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da internação involuntária.

§ 3º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita de familiar ou responsável legal, ou com a alta médica.

Art. 11 - A internação compulsória é determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

Art. 12 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e óbito, serão comunicados pelo estabelecimento hospitalar aos familiares, ou ao representante legal do paciente, no prazo máximo de 24 horas da data do evento

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 14 - Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, em 15 de abril de 1997.

Deputado João Henrique Blasi
Relator

COLONIA JUVENIL MARTEIRA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSQUIATRIA SOCIAL
Estrada Rodrigues Caldas, 3400
Jacarepaguá - Rio de Janeiro
CEP 22 700



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

(As Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2.º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1.º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2.º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3.º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1.º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3.º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei n.º 24.559, de 3-7-1934.

Justificação

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da "Lei Basaglia". A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância

Judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro do psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta dos mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar — da única forma possível — o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989. — Deputado Paulo Delgado.

**LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA
PELA COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES**

DECRETO N.º 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.

Art. 1.º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2.º Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juizes de órgãos, o juiz de menores, o Chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor-geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátricas, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por este escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1.º O Presidente nato do Conselho é o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

Desta prescrição estão isentas as pensões dos menores interditos e outros, que, privados da direção de suas pessoas e da administração de seus bens, estejam sob tutela ou curadoria, como o determina o art. 7.º do citado Decreto. (DO de 9-8-54.)

— Decreto n.º 857, de 12 de novembro de 1851 — Explica o art. 20 da Lei de 30 de novembro de 1841 relativo à prescrição da dívida ativa e passiva da Nação.

Art. 5.º Quando o pagamento que se houver de fazer aos credores for dividido por prazo de meses, trimestres, ou semestres ou anos, e se der a negligência da parte dos mesmos credores, a prescrição se irá verificando a respeito daquele ou daqueles pagamentos parciais, que se forem compreen-